



## Questionnaire de satisfaction du patient

Madame, Monsieur,

Votre opinion nous intéresse. Pour nous aider à améliorer la qualité de nos prestations, nous vous remercions de bien vouloir renseigner ce questionnaire et le déposer dans l'urne située au rez-de-chaussée à l'accueil, ou de le retourner à l'attention de la Direction, au 166 rue de l'Université 75007 Paris ou sur [www.clinique-alma.com](http://www.clinique-alma.com)

Votre séjour :  Ambulatoire       Hospitalisation

Date : ..... / ..... / .....      Durée d'hospitalisation : ..... Jour(s)      Etage : .....      N° Chambre : .....

Votre service :  Radiologie       Endoscopie       Chirurgie





**Lors de la consultation médicale / pré anesthésie:**

Vous avez reçu une information bénéfice/risque :      OUI       NON





Votre consentement a été recueilli :      OUI       NON

Vous avez été informé des frais d'intervention :      OUI       NON

### 1. Le standard téléphonique

| Comment jugez-vous ?    | <br><b>Très bien</b> | <br><b>Bien</b> | <br><b>Passable</b> | <br><b>Mauvais</b> |
|-------------------------|---|---|--|---|
| Le délai d'attente      | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>  |
| L'accueil téléphonique  | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>  |
| Vos suggestions : ..... |   |   |  |   |
| .....                   |   |   |  |   |

### 2. Votre admission à la Clinique

| Comment jugez-vous ?        | <br><b>Très bien</b> | <br><b>Bien</b> | <br><b>Passable</b> | <br><b>Mauvais</b> |
|-----------------------------|---|---|--|---|
| Le délai d'attente          | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>  |
| L'accueil                   | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>  |
| L'amabilité de l'hôtesse    | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>  |
| Les informations transmises | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>  |

→ Remise du livret d'accueil      OUI       NON





→ Remise de la charte du patient hospitalisé      OUI       NON

Vos suggestions : .....

.....

.....

### 3. Les services de soins





| Comment jugez-vous ?                             | <br>Très bien | <br>Bien | <br>Passable | <br>Mauvais |
|--|--|--|---|--|
| L'accueil et l'amabilité                         | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>   |
| La présentation et l'identification du personnel | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>   |
| Le respect de votre intimité                     | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>   |
| L'attention du brancardier                       | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>   |
| La signalisation interne                         | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>   |

Vos suggestions : .....

.....

.....

### 4. Les soins

| Comment jugez-vous ?                          | <br>Très bien | <br>Bien | <br>Passable | <br>Mauvais |
|---|--|--|---|--|
| La qualité des soins                          |  |  |   |  |
| - de jour                                     | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>   |
| - de nuit                                     | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>   |
| L'écoute et la disponibilité du personnel     |  |  |   |  |
| - de jour                                     | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>   |
| - de nuit                                     | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>   |
| - des médecins                                | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>   |
| La clarté des informations données par        |  |  |   |  |
| - l'équipe soignante                          | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>   |
| - les médecins                                | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>   |
| La prise en compte de votre douleur           | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>   |
| La prise en compte de vos besoins diététiques | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>   |

Vos suggestions : .....





.....

.....

.....

.....

## 5. Les prestations hôtelières

| Comment jugez-vous ?                 | <br>Très bien | <br>Bien | <br>Passable | <br>Mauvais | X<br>Non concerné        |
|--------------------------------------|--|---|---|--|--------------------------|
| La chambre / votre installation      |  |   |   |  |                          |
| - le mobilier et l'agencement        | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> |
| - la propreté                        | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> |
| - le niveau sonore                   | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> |
| - le confort                         | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> |
| - la télévision                      | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> |
| - le téléphone                       | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> |
| - la qualité/propreté du linge       | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> |
| La restauration (repas et collation) |  |   |   |  |                          |
| - la quantité                        | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> |
| - le goût des repas                  | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> |
| - la température des repas           | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> |
| - le respect de vos choix            | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> |





Vos suggestions : .....

.....

.....

.....

## 6. L'acte médical

| Comment jugez-vous ?        | <br>Très bien | <br>Bien | <br>Passable | <br>Mauvais |
|-----------------------------|--|--|---|--|
| L'information               | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>   |
| L'accueil en salle d'examen | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>   |
| Les performances médicales  | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>   |

Êtes-vous satisfaits de votre intervention ?      OUI       NON





Vos suggestions : .....

.....

.....

.....


## 7. La sortie

| Comment jugez-vous ?                        | <br>Très bien | <br>Bien | <br>Passable | <br>Mauvais |
|---|--|--|---|--|
| L'information sur les formalités            | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>   |
| Le délai d'attente                          | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>   |
| L'information sur les tarifs et suppléments | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>   |

Vos suggestions : .....

.....

## 8. L'appréciation globale

| Quelle est votre opinion sur la Clinique | <br>Très bien | <br>Bien | <br>Passable | <br>Mauvais |
|--|--|--|---|--|
|  | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>   |

→ Recommanderiez-vous la Clinique de l'Alma ?

OUI

NON

→ Pourquoi avez-vous choisi la Clinique de l'Alma ?

Renommée

Habitude

Médecin

Recommandation d'un proche / d'un ami

Autres Précisez : .....

Vos suggestions (vous ou votre entourage) : .....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

## 9. Mieux vous connaître

Vous êtes :  Un homme  Une femme

Votre âge : .....

Si vous acceptez d'être contacté, merci d'inscrire :

Nom : .....

Prénom : .....

Adresse : .....

Téléphone : .....

.....

Email : .....

